

Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie

Implications of biological models on psychiatric clinical practice

François Borgeat et Ariel Stravynski

Volume 10, numéro 1, juin 1985

Parents et enfants

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030270ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030270ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Borgeat, F. & Stravynski, A. (1985). Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 75–80. <https://doi.org/10.7202/030270ar>

Résumé de l'article

Les modèles explicatifs de nature biologique connaissent une popularité croissante en psychiatrie. La raison de cette tendance idéologique est examinée de façon critique et des évidences contradictoires sont soulignées. Une conception exclusivement biologique des troubles psychiatriques semble plus prescriptive que descriptive des faits démontrés. Les modèles biologiques, d'apparence plus « scientifique », exercent une attraction particulière sur les professionnels de formation biomédicale et, en ce sens, comportent des implications importantes pour la pratique psychiatrique. Leurs influences sur la pratique clinique, la formation professionnelle et la recherche sont revues et discutées.

Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie

François Borgeat*
Ariel Stravynski*

Les modèles explicatifs de nature biologique connaissent une popularité croissante en psychiatrie. La raison de cette tendance idéologique est examinée de façon critique et des évidences contradictoires sont soulignées. Une conception exclusivement biologique des troubles psychiatriques semble plus prescriptive que descriptive des faits démontrés. Les modèles biologiques, d'apparence plus «scientifique», exercent une attraction particulière sur les professionnels de formation biomédicale et, en ce sens, comportent des implications importantes pour la pratique psychiatrique. Leurs influences sur la pratique clinique, la formation professionnelle et la recherche sont revues et discutées.

L'histoire de la psychiatrie est marquée de tendances, de théories et de modes successives. Le pendule idéologique oscille et souvent oscille vite. Présentement nous sortons d'un mouvement de ce pendule qui nous avait amenés vers une idéologie profondément psychanalytique, caractérisée par un certain dogmatisme et une relative absence de rigueur scientifique. Maintenant le mouvement de retour de ce pendule nous propulse du côté de la neurobiologie (Andreassen, 1984; Snyder, 1980). Cette tendance peut être illustrée par le recensement des thèmes des articles publiés dans une revue de psychiatrie générale. Ainsi, en 1973, 50% des articles des *Archives of General Psychiatry* étaient de nature psychosociale (approche thérapeutique ou explicative des troubles psychiatriques) alors que 40% avaient une orientation biologique (explication neurobiologique ou traitement pharmacologique). En 1983, ce rapport est inversé: 26% seulement des articles sont de nature psychosociale alors que 52% sont d'orientation biologique.

Quels sont les faits essentiels qui caractérisent cette tendance de la pensée psychiatrique actuelle? Tous s'entendent pour constater l'apport très considérable à la clinique psychiatrique des familles de psychotropes qui sont apparues depuis une trentaine d'années. Ces médicaments, sans être dénués de problèmes, sont actuellement largement utilisés et ont contribué à diminuer la population des hôpitaux

psychiatriques. Bien au-delà de l'utilité reconnue de ces médicaments avec lesquels nous sommes devenus familiers, on parle à présent de «l'ère de la psychopharmacologie».¹ Selon le dictionnaire, ère signifie époque remarquable où un nouvel ordre des choses s'établit. Ce terme évoque donc la venue d'un nouveau paradigme de pensée, de nouveaux cadres conceptuels en psychiatrie. Par exemple, au dernier congrès mondial de psychiatrie à Vienne, la prépondérance de la recherche psychopharmacologique a été perçue par les observateurs et les journalistes comme indiquant une percée très nette d'une conception biologique de la psychiatrie. Ces faits impliquent plus que la constatation de l'utilité clinique des médicaments. Ils laissent entendre que les troubles psychiatriques se traitent maintenant de façon pharmacologique et s'expliquent par des mécanismes connus, essentiellement neurobiologiques.

ARGUMENTS BIOLOGIQUES

Quel genre de raisonnement sous-tend ces constatations? Nous considérerons brièvement deux catégories d'arguments les plus fréquemment invoqués. Le premier argument, le plus fondamental, est lié à l'action thérapeutique des médicaments. Selon cet argument, si un médicament est efficace dans telles conditions, l'action biochimique de ce médicament indiquera la cause de ces conditions. Il importe pourtant de se rappeler qu'aucun de ces médicaments n'a été proposé à partir d'une connaissance ou d'une théorie biologique des troubles psychia-

* F. Borgeat, M.D., et A. Stravynski, Ph.D., travaillent au Centre de recherche psychiatrique, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.

triques. En appliquant ce raisonnement à la dépression, on postule, par exemple, que si les antidépresseurs augmentent la quantité de certains neurotransmetteurs au niveau des synapses, la dépression sera fondamentalement explicable par une carence en neurotransmetteurs. Ainsi, un vécu humain phénoménologique très complexe avec ses ramifications historiques, intrapsychiques, interpersonnelles et culturelles (Storr, 1983; Arieti et Bemporad, 1978) est réduit à une déficience du ou des neurotransmetteur(s) incriminé(s). Au plan philosophique, la réduction des états de conscience à une biochimie du cerveau apparaît peu probable, voire intenable (Lewontin *et al.*, 1983; Smythies, 1973; Medawar, 1969): en effet, s'il est clair que certains phénomènes neurochimiques sont impliqués dans la médiation des états de conscience, cela ne signifie nullement qu'ils en soient l'explication ultime. Examinons ce genre d'argument en le transposant à une situation de vie courante et en nous inspirant des thèses de Szasz (1976). Imaginons une situation sociale fréquente: des participants qui prennent un cocktail, un apéritif ou un verre de vin. L'observation la plus objective nous indique que, proportionnellement à la prise d'alcool, les participants nous apparaissent plus joyeux, plus animés et qu'ils interagissent d'une façon plus agréable et plus facile. On a donc l'impression que le niveau de joie de vivre ou de bonheur a augmenté avec la prise d'alcool. Cette observation étant facilement corroborée par des milliers d'autres, on pourrait conclure, selon le raisonnement psychopharmacologique, que le manque de bonheur est relié à une déficience en alcool ou encore mieux à une hypoéthylémie chronique!

D'autres arguments, moins spécifiques, sont aussi fréquemment invoqués à l'appui d'une forte présomption d'étiologie neurobiologique dans plusieurs troubles psychiatriques sévères: la présence de manifestations somatiques, l'aspect familial ou l'absence de raisons considérées suffisantes dans l'environnement d'un patient sont souvent mentionnés à l'appui d'une hypothèse d'origine organique. Reprenant notre analogie avec le bonheur, l'on constate que l'on pourrait tout aussi bien appliquer ces mêmes arguments à cette condition. En effet, le bonheur, surtout dans sa phase aiguë, s'accompagne très fréquemment de troubles somatiques tels que l'agitation, l'hyperactivité ou des troubles du

sommeil. Il manifeste également une certaine hérédité familiale en ce sens qu'il court étrangement dans certaines familles et en délaisse certaines autres. Enfin, il présente une caractéristique endogène tenace, puisque certaines gens s'évertuent à être heureux en dépit de facteurs d'environnement qui devraient pourtant les en empêcher. Conclusion: de multiples arguments appuient la thèse voulant que le bonheur constitue un trouble d'origine essentiellement biologique.

ÉVIDENCE CONTRADICTOIRE

Sous la pression du courant biologique actuel, on oublie trop facilement que la psychothérapie a montré une efficacité équivalente à la pharmacothérapie pour le traitement de dépressions majeures (unipolaires) dans le cadre d'études contrôlées. Ainsi, Kovacs *et al.* (1981) ont rapporté une amélioration équivalente avec une thérapie cognitive à court terme ou avec un traitement à l'imipramine. De plus, les patients traités par thérapie cognitive montraient une amélioration symptomatique plus grande et, particulièrement, une fidélité au traitement supérieure. D'autres études récentes (Murphy *et al.*, 1984; Teasdale *et al.*, 1984) ont abouti à des résultats similaires. Des effets comparables à ceux des antidépresseurs ont également été rapportés avec de l'entraînement aux habiletés sociales, de la psychothérapie dynamique à court terme (Hersen *et al.*, 1984), ainsi qu'avec une forme de psychothérapie standardisée et à court terme, appelée psychothérapie interpersonnelle (Weissman *et al.*, 1981). De plus, les patients traités par psychothérapie manifestaient un fonctionnement social supérieur aux patients traités par pharmacothérapie. Si l'efficacité des antidépresseurs était une preuve irréfutable d'une étiologie essentiellement organique, que faudrait-il conclure au sujet de l'efficacité équivalente, et à certains égards parfois supérieure, de certaines formes de psychothérapie pour des cas de dépression majeure?

Jusqu'ici nous avons surtout considéré les troubles affectifs. Arrêtons-nous brièvement à la schizophrénie pour laquelle plusieurs sont portés à avancer l'hypothèse dopaminergique comme une étiologie organique fondamentale et démontrée. Certains faits bien identifiés sont difficilement réconciliables avec un modèle exclusivement bio-

logique. Ainsi, pour 60 % de patients schizophrènes, l'épisode aigu est précédé d'une augmentation importante d'incidents dramatiques (life events), tels perte d'emploi ou décès dans la famille, en comparaison avec une autre période de leur vie ou avec celle des sujets non schizophrènes (Brown et Birley, 1970). Lors de leur congé de l'hôpital, la majorité des patients schizophrènes retournent dans leur famille: dix-huit mois plus tard, 50 % de ces patients auront fait une rechute (Leff et Wing, 1971). Il a été démontré qu'un index d'«émotion exprimée» (EE) distinguait bien entre les familles avec ou sans rechute (Kuipers, 1979). L'index EE est une mesure fiable et bien établie des aspects émotifs de la communication au sein d'une famille. Cet index est constitué de la quantification de l'émotivité, de l'hostilité et des remarques critiques observées lors d'entrevues avec les familles des patients schizophrènes (Kuipers *et al.*, 1983). Les familles avec une cote élevée de EE comprenaient 58 % des patients qui rechutent, et celles avec un taux peu élevé, seulement 16 % (Brown *et al.*, 1966). Une étude récente rapporte que si, en plus de la cote élevée de EE, l'on considère des facteurs comme une haute fréquence de contacts face à face et une consommation irrégulière des médicaments, le taux de rechute grimpe à 92 %. Par contre, l'utilisation continue de médicaments dans le groupe présentant une cote basse de EE n'influence pas l'effet du traitement. Il est donc clair qu'un environnement familial hautement chargé au point de vue émotif exerce un effet négatif. Des programmes thérapeutiques qui, en plus de la médication neuroleptique, ont utilisé une intervention psychothérapique, portant sur les réactions de la famille du schizophrène à des symptômes ainsi que sur leurs habitudes de communication en général, ont réduit le taux de rechute de 44 % alors qu'avec la pharmacothérapie seule, le taux était réduit à 6 % (Falloon *et al.*, 1982) et dans une autre étude de 50 % à 9 % (Leff *et al.*, 1982).

Cependant, si la schizophrénie constitue véritablement une maladie biochimique spécifique, il devient plus difficile d'expliquer les disparités énormes dans les habitudes thérapeutiques observées d'un pays à un autre même au plan psychopharmacologique. En Turquie, par exemple, la dose thérapeutique moyenne d'halopéridol utilisée pour traiter une schizophrénie aiguë est de 4 à 5 mg/jour. En Amérique, cette dose se situe davantage aux

environs de 30 à 40 mg/jour. Or, il semble que la différence essentielle dans l'évolution des patients des deux pays réside dans une incidence de dyskinésie tardive de 0,8 % en Turquie comparée à 25 % environ aux États-Unis (Borison, 1983).

Jusqu'ici nous avons voulu montrer que l'adoption généralisée d'un paradigme biologique en psychiatrie dépasse les évidences actuelles. Plus spécifiquement, nous avons tenté de faire ressortir que beaucoup des arguments invoqués à l'appui d'étiologies organiques sont insuffisants et, en outre, ne tiennent pas compte d'observations de nature différente. Ainsi, le recours prématuré à un modèle explicatif essentiellement biologique apparaît comme plus prescriptif que descriptif, en ce sens qu'il suggère ce qu'il convient de penser plus qu'il ne décrit les faits démontrés. Compte tenu de cette nature prescriptive du courant biologique actuel et de l'état hypothétique des formulations biologiques, il devient essentiel de s'arrêter et d'examiner les sources et les implications de ce mouvement du pendule idéologique psychiatrique vers le pôle biologique.

IMPLICATIONS CLINIQUES ET PÉDAGOGIQUES

Nous nous arrêterons à des implications de nature conceptuelle, mais également à des implications pratiques qui touchent l'image de la psychiatrie dans notre société ainsi que le rôle du psychiatre. Il importe de dégager les implications de nos modèles explicatifs car, à défaut d'agir ainsi, ces implications passent souvent inaperçues et exercent alors un effet insidieux sur nos modes de pratiques. Il s'agit ici d'une sorte d'insight préventif. Dans le cas du modèle explicatif de nature biologique, la vigilance est de mise, les effets pouvant être insidieux et importants en raison de l'attraction qu'exerce un tel modèle. En effet, un modèle d'ordre purement biologique laisse entrevoir une explication simple, finale et «scientifique» à laquelle on est porté à adhérer. La formation médicale augmente en outre l'attrait du modèle biologique: il est tout à fait médical, les médecins le comprennent bien et peuvent plus facilement l'enseigner, et les étudiants en médecine sont préparés à recevoir de telles explications.

Enfin ! La psychiatrie rentre dans le droit chemin. Les psychiatres ont toujours un peu souffert d'avoir une spécialité moins bien définie en médecine et on décèle parfois chez eux une sorte de complexe d'infériorité vis-à-vis les autres spécialités dites plus «scientifiques». Grâce aux explications biologiques, les psychiatres auront des maladies à traiter comme leurs confrères des autres spécialités. Ces maladies, semblables à celles dont s'occupe la médecine en général, auront une étiologie organique, des tests objectifs de diagnostic (comme le test de suppression à la dexaméthasone), des traitements biologiques et, finalement, grâce à des outils nouveaux et très complémentaires de cette orientation (comme le DSM-III), des diagnostics d'allure objective mais de validité incertaine (Carroll, 1984). Nous ouvrons ici une brève parenthèse pour souligner qu'une nosographie comme le DSM-III, bien que constituant à certains points de vue un progrès évident, accentue facilement cette orientation. Le DSM-III est une promesse de certitude et d'objectivité laissant entrevoir les troubles psychiatriques comme des maladies bien définies et bien distinctes les unes des autres (Vaillant, 1984). Supposons qu'un comité d'experts (comme ceux, d'ailleurs, qui ont élaboré le DSM-III) prépare un appendice psychopharmacologique à cette nosographie. On pourrait alors avoir l'impression que toute la psychiatrie s'y retrouverait résumée d'une façon extrêmement scientifique. Le rôle du psychiatre consisterait essentiellement à cocher les critères diagnostiques objectifs et à rédiger la prescription pharmacologique découlant du code diagnostique auquel il aurait abouti en toute logique. À court terme, on pourrait s'attendre à ce qu'un ordinateur aboutisse plus rapidement et avec plus de précision aux mêmes conclusions diagnostiques. Bien sûr, il faudrait qu'en plus le psychiatre s'efforce d'être en empathie avec ses malades, afin de les motiver pour prendre leurs médicaments et, de cette façon, pouvoir tenir compte du fameux modèle bio-psychosocial (Lipowski, 1981).

Une des implications majeures de la mode biologique actuelle est la réduction de ce fameux modèle bio-psychosocial dont on a tant parlé, mais qui demeure, à coup sûr, extrêmement difficile à la fois à conceptualiser et à appliquer en clinique. Si l'on adhère à l'idéologie selon laquelle l'explication ultime des troubles psychiatriques se trouve dans

les neurotransmetteurs, la dimension psychosociale n'est plus qu'une conséquence du trouble biologique fondamental. Suivant cette logique, les interventions thérapeutiques ne demeurent bio-psychosociales que pour permettre le traitement biologique essentiel². La psychothérapie devient une simple intervention supportive et persuasive facilitant le traitement pharmacologique. Ainsi, en raison de conclusions prématurées, le difficile et complexe pôle psychosocial de notre modèle bio-psychosocial se trouve réduit à une espèce de vœu pieux. Or le message traditionnel de la psychiatrie en médecine a été celui de porte-parole des facteurs psychosociaux dans la santé et la maladie. Présentement, certains faits tendent à indiquer que ce message, habituellement reçu avec beaucoup d'incompréhension, de scepticisme, voire même de rejet, par un corps médical très proche des sciences fondamentales biologiques, commence depuis peu à porter fruits à certains niveaux. Ainsi, on peut déceler dans l'évolution de l'enseignement médical des signes de changement : depuis quelques années, une place plus grande est faite à la dimension psychologique et les concepts de médecine globale ou holistique ont maintenant leur place dans les facultés de médecine (prenons, pour exemple, le stage de médecine globale en cinquième année, à l'Université de Montréal). Le développement considérable qu'a connu récemment la médecine familiale relève aussi de cette même évolution de l'enseignement médical : dorénavant les psychiatres ne seront plus les seuls à se préoccuper de la dimension psychosociale. Cependant, cet apport, encore bien mince et bien précaire, auquel la psychiatrie peut se vanter d'avoir contribué de façon importante, risque d'être freiné par une idéologie à tendance trop biologique. En effet, et il importe de le souligner à nouveau, le modèle biologique est plus simple, il se prête mieux à la recherche médicale et il colle davantage à la pensée médicale dominante : bref, il est plus facile à enseigner (et à apprendre) à des médecins et des futurs médecins.

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

Le modèle biologique comporte des implications considérables pour la recherche. En effet, le domaine biologique, qui est plus facilement quantifiable par des technologies de pointe, est souvent

perçu comme constituant la «vraie» science, alors que ce qui fait appel à des facteurs psychologiques et à des interactions complexes difficiles à quantifier tend à être considéré comme abstrait, philosophique et potentiellement réductible à des explications plus fondamentales. Le courant biologique laisse entendre qu'une optique médicale scientifique est possible en psychiatrie, que la recherche psychiatrique peut par conséquent s'appuyer sur les sciences fondamentales biologiques et être réalisée par des chercheurs de type biomédical, c'est-à-dire très formés en sciences fondamentales et non cliniciens. Ce message, les organismes officiels qui subventionnent la recherche biomédicale ne demandent qu'à l'entendre. La conséquence est que la recherche de type neurobiologique sera davantage favorisée au détriment des autres. Ainsi elle se développera encore plus, constituant un cercle vicieux où la recherche biologique apparaîtra comme davantage prometteuse parce que plus active.

À un niveau beaucoup plus fondamental, rappelons qu'alors que la psychiatrie est tentée de devenir plus «scientifique» en mettant l'accent sur le mode biologique, objectif et mesurable, la physique, la plus fondamentale de toutes les sciences, connaît un cheminement bien différent. En effet, la physique inframoléculaire a été amenée dernièrement à réintroduire dans ses théories des phénomènes aussi peu scientifiques que la conscience et l'influence de l'observateur. Il a été démontré que, même au niveau des particules inframoléculaires, l'observateur dérange le phénomène et qu'on doit, en conséquence, s'interroger sur la réalité d'un univers objectif qui serait indépendant de ce dernier. Le principe d'incertitude de Heisenberg, par exemple, suppose qu'on ne peut tout mesurer dans un phénomène, et que plus on mesure un aspect de ce phénomène, plus d'autres aspects deviendront insaisissables et inquantifiables. En somme, un phénomène peut se manifester de diverses façons : en mesurant un aspect, on le fige dans une réalité plutôt que dans une autre. Par conséquent, le chercheur pourrait construire «sa» réalité tout en semblant découvrir une réalité objective et indépendante de son action (Keutzer, 1984). La physique nous transmet également une vision holistique qui permet d'entrevoir l'interconnexion infiniment complexe de l'univers. Ainsi, le théorème de Bell nous explique

que deux particules ayant connu un même point de départ demeurent, même très longtemps après et bien qu'étant aux extrémités opposées de l'univers, en relation intime l'une avec l'autre par des voies d'influence instantanées non identifiées. Par exemple, une influence qui changerait la rotation d'une de ces particules changerait également celle de sa particule jumelle même aux confins de l'univers. Ce genre d'observation tend à indiquer que la réalité ultime n'est ni morcelée ni localisée mais, au contraire, globale. Ainsi, la physique apporte des défis de complexité à nos capacités d'intégration bien plus considérables que ceux que nous pose notre modèle bio-psychosocial. Vu ces tendances de la science actuelle, on peut considérer que la justification d'une idéologie objective en faveur d'un modèle biologique comporte des aspects anachroniques.

IMPLICATIONS POUR LA PROFESSION PSYCHIATRIQUE

Finalement, soulignons que si un modèle explicatif essentiellement biologique en psychiatrie, avec les attitudes thérapeutiques qui en découlent, peut sembler attrayant pour des médecins, il en va tout autrement pour la société. En effet, l'analyse de la pensée contemporaine montre que des groupes importants de la population en ont assez de n'être considérés que comme des organes isolés ou des préparations coeur-poumon pour la médecine. Ils ne se sentent nullement comme des éprouvettes dans lesquelles se font une infinité d'échanges chimiques qu'il faut activer ou bloquer par des réactifs ajoutés de l'extérieur (Ferguson, 1981). Pour ces gens la santé est un phénomène global qui touche toutes les facettes de leur vie et de leur être et constitue pour chacun une responsabilité personnelle. Nos concitoyens s'attendent à être traités d'une façon plus globale et la moins morcelante et chimique possible; leur satisfaction face à la profession médicale est donc liée davantage aux attitudes et aptitudes humaines des praticiens qu'à leur sophistication technologique. Dans cette optique, il serait dramatique pour la psychiatrie de prendre un virage résolument biologique, qui identifierait la profession par une pratique médicale traditionnelle risquant de la confiner aux pathologies les plus sévères et aux traitements psychopharmacologiques. Une des consé-

quences de ce virage serait de reléguer le domaine psychologique et la santé aux autres sciences humaines exclusivement.

NOTES

1. Thème du Congrès 1984 de l'Association des Psychiatres du Québec, Pointe-au-Pic, P.Q., juin 1984.
2. Le lecteur doit comprendre que les auteurs ne contestent pas l'évident apport de la pharmacothérapie moderne à la clinique psychiatrique mais plutôt son statut inquiétant de néo-révélation synaptique.

RÉFÉRENCES

- ANDREASEN, N.C., 1984, *The broken brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, New York, Harper & Row.
- ARIETI, S., BEMPORAD, G., 1978, *Severe and Mild Depression*, New York, Basic Books.
- BORISON, R.L., 1983, Neurologic problems in psychiatric patients movement disorders, *Audio-Digest Psychiatry*, 12, 19.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., 1970, Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: Clinical aspects, *British Journal of Psychiatry*, 116, 327-333.
- BROWN, G.W., BONE, M., DALISON, B., WING, J.K., 1966, *Schizophrenia and Social Care*, London, Oxford University Press.
- CARROLL, B.J., 1984, Problems with diagnostic criteria for depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 14-18.
- FALLOON, I.R.H., BOYD, J.L., MCGILL, C.W., RAZANI, J., MOSS, H.B., GILDERMAN, A.M., 1982, Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study, *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- FERGUSON, M., 1981, *Les enfants du Verseau: Pour un nouveau paradigme*, Paris, Calmann-Lévy.
- GUNTREP, H., 1975, Psychoanalytic object relations theory: The Fairbairn-Guntrep approach, in Arieti, S., ed., *American Handbook Psychiatry*, Basic Books.
- HERSEN, M., BELLACK, A.S., HIMMELHOCH, J.M., THASE, M.E., 1984, Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women, *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- KEUTZER, C.S., 1984, The power of meaning: From quantum mechanics to synchronicity, *Journal of Humanistic Psychology*, 24, 80-94.
- KOVACS, RUSH, A.J., BECK, A.T., HOLLON, S.D., 1981, Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- KUIPERS, L., STURGEON, D., BERKOWITZ, R. and LEFF, J., 1983, Characteristics of expressed emotion: Its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives, *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 257-264.

- KUIPERS, L., 1979, Expressed emotion: A review, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 237-243.
- LEFF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLOEIN-VRIES, R., STURGEON, D., 1982, A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134 & Letter (follow-up).
- LEFF, J.P., WING, J.K., 1971, Trial of maintenance therapy in schizophrenia, *British Medical Journal*, 3, 599-604.
- LEWONTIN, R.C., ROSE, S., KAMIN, L.J., 1983, *Not in Our Genes: Biology, Ideology, and Human Nature*, Pantheon, London.
- LIPOWSKI, Z.J., 1981, Holistic-medical foundations of american psychiatry: A bicentennial, *American Journal of Psychiatry*, 138, 888-895.
- MEDAWAR, P.B., 1969, *Induction and Intuition in Scientific Thought*, American Philosophical Society, Philadelphia.
- MURPHY, G.E., SIMONS, A.D., WETZEL, R.D., LUSTMAN, P.J., 1984, Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression, *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- SMYTHIES, J.R., 1973, Psychiatry and the neurosciences, *Psychological Medicine*, 3, 267-269.
- SNYDER, S.H., 1980, *Biological Aspects of Mental Disorder*, New York, Oxford University Press.
- STORR, A., 1983, A psychotherapist looks at depression, *British Journal of Psychiatry*, 143, 431-435.
- SZASZ, T.S., 1976, Schizophrenia: The sacred symbol of psychiatry, *British Journal of Psychiatry*, 129, 308-316.
- TEASDALE, J.D., FENNEL, M.J.V., HIBBERT, G.A., AMIES, P.L., 1984, Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care, *British Journal of Psychiatry*, 144, 400-406.
- VAILLANT, G.E., 1984, The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages, *American Journal of Psychiatry*, 141, 542-545.
- WEISMANN, M.M., KLERNAN, G.L., PRUSOFF, B.A., SHOLOMSKAS, D., PADIAN, N., 1981, Depressed Outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.

SUMMARY

The explanatory models of a biological nature are growing in popularity in psychiatry. The reason for this ideological tendency is studied and contradictory evidences are underlined. It seems that an exclusively biological conception of psychiatric disorders is more prescriptive than descriptive of the facts. Biological models, seemingly more "scientific" are particularly of interest to the professionals with a bio-medical training, and, in this sense, bear important implications for the practice of psychiatry. Their influences on clinical practice, professional training and research are reviewed and discussed.